

tomografii komputerowej, które wykonywano przed leczeniem, 24h i 3 tygodnie po podaniu BCNU.

W badanej grupie chorych obserwowano objawy uboczne pozahematologicznie: gorączka (3 chorych), afazja czuciowa (1 chory), bóle głowy (3 chorych), przejściowe zaburzenia widzenia (1chory), porażenie połowiczne (1chory), powiększenie strefy obrzęku wokół guza (1 chory), zwężenie tętnicy po mikrokrateryzacji (1 chory). W wyniku zastosowanej chemioterapii lokoregionalnej stwierdzono u 4 chorych PR, 4 chorych SD, 3 chorych PD. Wśród 11 chorych 9 (87,3%) zmarło a 2 (12,7%) żyje. Średni czas przeżycia wynosił 2,6 miesiąca (od 0,5 do 29,6 miesiąca).

## 106P

**"Rola chemioterapii systemowej złożonej z cyklofosfamid, epirubicyny, carboplatyny w połączeniu z chemioterapią dootrzewnową z carboplatiną w terapii raka jajnika. Wczesne wyniki efektywności chemioterapii systemowej i dootrzewnowej złożonej z taxoidów i carboplatyny w przypadku wznowy."**

P. Nurzyński\*, G. Wcisło\*, P. Kowalski\*, P. Langiewicz\*, A. Dżipanow\*\*, A. Staszewski\*\*, J. Sielużycka\*\*\*, C. Szczylik\*

\* Oddział Kliniczny Onkologiczny CSK WAM Warszawa

\*\* Klinika Ginekologiczno-Położnicza CSK WAM Warszawa

\*\*\* Zakład Radiologii CSK WAM Warszawa

### Cel pracy:

Terapia raka jajnika stanowi ciągle istotny problem. Leczenie I rzutu jest obecnie klasyczną chemioterapią systemową. Celem pracy jest ocena połączenia terapii systemowej złożonej z cyklofosfamid (CTX) - 600 mg/m<sup>2</sup>, carboplatiną (CBDCA)- 400 mg/m<sup>2</sup>, epirubicyną (EPI) - 50 mg/m<sup>2</sup> oraz carboplatyny podawanej dootrzewnowo w dawce 200 mg. Wstępnie oceniono również chemioterapią systemową oraz dootrzewnową złożoną z taxoidów i carboplatyny w terapii wznowy raka jajnika.

### Wyniki:

Do badania zakwalifikowano 27 pacjentek w przedziale wiekowym 47-77 lat, oceniono pod względem odpowiedzi do tej pory 17 chorych, a pod względem toksyczności 27 chorych. Stopień zaawansowania wg FIGO wahał się od IC stopnia do IV. Ocenę prowadzono między lutym 1995 a styczniem 1997. Poddano łącznie 152 kursy chemioterapii z czego jedynie 15 kursów było chemioterapią neoadjuwantową, 6 było chemioterapia ratującą, a 131 kursów stanowiła chemioterapia adjuwantowa. Skuteczność chemioterapii adjuwantowej oceniano w badaniach obrazowych oraz oceniając poziom markera Ca-125 we krwi po III i VI kursie chemioterapii lub wykonując operację second look po III i VI kursie. Uzyskano łącznie 10 (59%) remisji całkowitych (CR), w tym 8 (47%) remisji potwierdzonych w badaniach histopatologicznych, dwie (12%) remisje całkowite kliniczne oraz 4 (29%) remisje częściowe (PR0 histopatologiczne. U 2 pacjentek (12%) doszło do progresji choroby (PD). Łączny odsetek odpowiedzi wyniósł 88% (15 chorych). 7 całkowitych remisji (41%) uzyskano u pacjentek z chorobą resztkową < 2 cm, a 3 (18%) u pacjentek z chorobą resztkową powyżej

2 cm. 5 częściowych remisji uzyskano u pacjentek ze zmianami nowotworowymi o rozmiarach powyżej 2 cm z czego jedna pacjentka była zakwalifikowana do chemioterapii neoadjuwantowej, 2 do chemioterapii drugiego rzutu i 2 do chemioterapii adjuwantowej. Progresja choroby wystąpiła u pacjentek zakwalifikowanych do chemioterapii III rzutu - ratującej. Toksyczność terapii była niewielka. Tylko 8 kursów wymagało odroczenia z powodu toksyczności hematologicznej, a w przypadku 10 kursów wymagane było podanie G-CSF. Odnotowano 10 przypadków toksyczności hematologicznej IVF stopnia, jeden przypadek nefrotoksyczności I stopnia, jeden przypadek hepatotoksyczności II stopnia wg WHO. U 2 pacjentek przerwano chemioterapie ze względu na toksyczność. Uzyskano również CR i PR w terapii wznowy taxoidami i carboplatiną, ale czas tych odpowiedzi był krótki.

### Wnioski:

Uzyskane wyniki potwierdzają skuteczność chemioterapii dożylną skojarzoną z dootrzewnową. Skojarzenie tych dwóch metod terapii pozwala na zwiększenie odsetka odpowiedzi. Problemem pozostaje jednak przedłużenie czasu trwania remisji.

## 107P

**"Porównanie planowania leczenia w brachyterapii przy użyciu stacjonarnego i przewoźnego aparatu RTG."**

J. Malicki, A. Roszak, G. Kosicka, S. Jaroszyk\*

Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

\*Instytut Stomatologii Akademii Medycznej w Poznaniu

Precyzyjna lokalizacja ułożenia aplikatorów dojamowych z układem źródeł względem narządów wewnętrznych i kości wpływa na wiarygodne wyznaczenie dawek w obszarze napromienianym.

### Materiał i metoda:

Analizą objęto 19 kobiet z nieoperacyjnym rakiem szyjki macicy leczonych radioterapią. Zastosowano teleterapię i brachyterapię. Do brachyterapii stosowano Cs -137, LDR. Czas napromieniania wynosił około 24h w każdej z dwóch aplikacji w brachyterapii. Określono dawki w obszarze zmiany nowotworowej zdefiniowanej przez pkt. A oraz narządach szczególnie wrażliwych na promieniowanie: w odbytnicy (R<sub>1</sub>, R<sub>2</sub>) i w pęcherzu (P). Pozycję aplikatorów wraz ze źródłami na podstawie dwóch ortogonalnych zdjęć RTG przednio-tylnego (AP/PA) i bocznego.

### Wyniki:

W tabeli przedstawiono dawki w pkt. A, P, R<sub>1</sub>, R<sub>2</sub> dla położenia aplikatorów, zlokalizowanych przewoźnym i stacjonarnym RTG.

Aparat	Obszar napromieniany	Rozkłady dawek		
		R <sub>1</sub> [%]	R <sub>2</sub> [%]	P [%]
Przewoźny	100	77	56	40
Stacjonarny	100	88	62	50

### Wnioski:

Różnice w rozkładach dawki dla zdjęć wykonanych stacjonarnym RTG i przewoźnym RTG wynosiły